

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CHRISTELLE PARENTEAU

LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE CHEZ LES FEMMES

SEPTEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Françoise Lavallée, directrice de recherche, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Françoise Lavallée, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Sophie Desjardins, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Morisset, M.D.

Université de Montréal

Sommaire

Cette étude vise à examiner les variables psychologiques et sociales liées à la douleur pelvienne chronique (DPC) chez les femmes qui en souffrent, et ce, en intégrant toutes les causes de DPC possibles. Pour ce faire, une revue systématique de la littérature a été effectuée et 29 études ont été retenues. Plusieurs variables psychologiques et sociales en sont ressorties. Sur le plan des variables psychologiques, il s'avère que certaines croyances et cognitions de même que les troubles du sommeil, les troubles sexuels, l'hostilité, le TSPT et la somatisation sont liés à la DPC. La dépression, l'anxiété et la dissociation semblent lui être associées, mais le seraient également à la douleur chronique en général. Sur le plan des variables sociales, le statut conjugal, la présence d'alcoolisme chez un parent, la surprotection paternelle, les abus sexuels et psychologiques, les sévices, la qualité de vie ainsi que le fonctionnement social et professionnel seraient des variables liées à la DPC. L'âge, le niveau d'instruction et le fait d'avoir ou non des enfants seraient également associés à la DPC, bien que les associations observées puissent être la conséquence de certaines caractéristiques sociodémographiques ou méthodologiques relatives aux femmes issues des études. Par ailleurs, la présente étude a permis d'identifier qu'outre leur interaction avec la DPC, les variables psychologiques et sociales présentent de nombreuses interactions entre elles. Cet aspect doit être considéré dans la prise en charge de la DPC. Nous abordons ainsi la compréhension de la DPC sur la base d'un modèle biopsychosocial et proposons des pistes d'intervention en lien avec les enjeux associés à cette condition.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique	3
Douleur chronique.....	4
Définition	4
Prévalence	5
Étiologie	6
Douleur pelvienne chronique	9
Définition	9
Prévalence	10
Douleur pelvienne chronique chez la femme.....	11
Étiologie	11
Enjeux psychosociaux.....	12
Enjeux liés au diagnostic et au traitement.....	13
Objectif de l'étude.....	15
Méthode.....	17
Stratégie de recherche des informations	18
Sélection des études	18
Méthode d'analyse des études	19
Résultats	20

Variables psychologiques	21
Cognitions liées à la douleur pelvienne chronique	21
Dépression.....	22
Anxiété.....	23
Troubles du sommeil.....	24
Troubles sexuels.....	25
Hostilité.....	27
Trouble de stress post-traumatique	28
Somatisation.....	28
Dissociation.....	29
Variables sociales.....	30
Caractéristiques sociodémographiques	30
Famille d'origine.....	34
Abus sexuels	36
Séviçes	39
Abus psychologiques	39
Qualité de vie	40
Fonctionnement social et professionnel.....	42
Satisfaction conjugale	43
Discussion	46
Limites de la revue systématique	47
Absence d'un accord interjuge.....	47

Hétérogénéité dans la sélection des participants.....	48
Représentativité de l'échantillonnage	49
Hétérogénéité des méthodes d'évaluation	50
Impossibilité d'établir de relations de cause à effet.....	51
Synthèse des principaux résultats ressortis	52
Variables psychologiques	52
Variables sociales.....	53
Interprétation des résultats	53
Interaction entre les variables	54
Compréhension holistique de la douleur pelvienne chronique	55
Enjeux et pistes de solution liés au diagnostic et au traitement	56
Conclusion	61
Références	63
Appendice. Résumé des caractéristiques des études.....	71

Remerciements

L'auteure désire exprimer ses plus sincères remerciements à sa directrice de recherche, madame Françoise Lavallée, Ph.D., pour son soutien, ses conseils avisés ainsi que son encadrement tout au long de ce projet. Elle tient également à remercier ses parents et son conjoint pour leur appui indéfectible.

Introduction

La douleur pelvienne chronique (DPC) représente un enjeu important dans notre société. Il s'avère que cette condition médicale est davantage présente chez les femmes que chez les hommes (Alappattu & Bishop, 2011). La DPC peut s'accompagner de plusieurs facteurs gynécologiques, urologiques, gastro-intestinaux, musculosquelettiques et psychologiques (Jarrell & Vilos, 2005). De nombreux enjeux psychosociaux lui sont associés et sont directement liés à son diagnostic et son traitement.

La présente étude a pour objectif de mieux comprendre les variables psychologiques et sociales liées à la DPC chez les femmes qui en souffrent, et ce, en intégrant toutes les causes de DPC possibles. Pour ce faire, une revue systématique des facteurs psychosociaux associés à la DPC a été effectuée afin de cibler et de regrouper les différentes variables psychologiques et sociales qui sont en lien avec la DPC chez les femmes.

Cette étude est composée de quatre sections. La première section présente les éléments conceptuels et empiriques relatifs à la douleur chronique et à la DPC de même que les enjeux qui accompagnent la DPC. La deuxième section décrit la méthode utilisée dans la présente étude. L'analyse des résultats se situe dans la troisième section. Ces résultats sont ensuite discutés dans la quatrième section.

Contexte théorique

Le contexte théorique sera composé de quatre parties. La première partie visera à définir la douleur chronique ainsi que sa prévalence et son étiologie. La deuxième partie concernera plus spécifiquement la douleur pelvienne chronique (DPC), sa définition et sa prévalence. La troisième partie présentera la DPC chez la femme, son étiologie, les enjeux psychosociaux qui l'accompagnent ainsi que les enjeux qui lui sont associés sur les plans du diagnostic et du traitement. Finalement, la quatrième partie précisera l'objectif de la présente étude.

Douleur chronique

Définition

Le qualificatif *douleur chronique* est formé de deux concepts bien distincts. Le premier indique une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrite en termes de telles lésions (International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy, 1994). Le second concept réfère au caractère temporel de la douleur. Santé Canada s'appuie sur la définition d'Ospina et Harstall (2002) qui décrit la douleur chronique comme une douleur qui persiste au-delà du délai normal de guérison, qui est associée à une maladie prolongée ou qui est un symptôme assez grave d'une affection récurrente qui dure trois mois ou plus. Une nuance est également amenée entre la douleur aiguë qui est généralement la réponse appropriée à sa cause (p.ex., la cicatrisation après une blessure)

et la douleur chronique qui n'a pas ce caractère (Serrie & Queneau, 2005).

Toutefois, certains aspects de la douleur chronique ne font pas consensus entre les divers intervenants. Certains croient que la douleur chronique n'est qu'un symptôme alors que d'autres pensent qu'elle est une maladie et devrait donc être reconnue et traitée comme telle (Choinière, 2009). La communauté médicale tend de plus en plus à adopter cette dernière position qu'elle explique par les changements neurochimiques et neurophysiologiques qui sont présents chez les patients qui en sont atteints.

Prévalence

La douleur chronique représente un enjeu important dans notre société. Au Québec, la prévalence des personnes atteintes de douleur chronique est évaluée à 15,7 % (Schopflocher, 2011). Au Canada, c'est 15 à 19 % des individus de plus de 15 ans qui en sont atteints. Cette prévalence augmente chez les personnes de 65 ans et plus; elle se situe entre 24 et 31 % (Reitsma, Tranmer, Buchanan, & Vandenkerkhof, 2011). En raison du vieillissement de la population, la douleur chronique représente un phénomène important qui, au cours des prochaines années, sera manifestement amené à prendre de l'ampleur (Schopflocher et al., 2003).

Par ailleurs, nous savons que les femmes sont plus sujettes à développer une problématique de douleur chronique (Kelly, 2010; Millar, 1996). Des différences hormonales expliqueraient en partie la raison pour laquelle celles-ci seraient davantage

affectées par la douleur chronique que les hommes. Par exemple, l'œstrogène pourrait jouer un rôle, car il s'avère que plusieurs femmes voient leur douleur s'intensifier les jours précédant les menstruations et après la ménopause, des périodes qui sont caractérisées par une variation des taux d'œstrogène. Enfin, des études soulignent que parmi les Canadiennes et les Canadiens souffrant de douleur chronique, 10 % sont limités dans leurs activités (Statistics Canada, 2001) et 20 % ressentent de la douleur quotidiennement (Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002).

Étiologie

En fonction de sa symptomatologie et des mécanismes qui sont mis en jeu, la douleur chronique peut être classifiée en quatre grands cadres physiopathologiques soit : les douleurs liées à un excès de stimulation nociceptive, les douleurs d'origine neuropathique, les douleurs d'origine idiopathique et les douleurs d'origine psychogène (Lazorthes, Sol, & Schmitt, 2010).

Les douleurs chroniques liées à un excès de stimulation nociceptive résultent d'une lésion tissulaire inflammatoire qui entraîne la libération de multiples substances sensibilisantes dites algogènes ce qui induit une hyperactivation des nocicepteurs périphériques. L'excès d'information nociceptive va, par la suite, être transmis au cerveau par le biais d'un système nerveux périphérique et d'un système nerveux central intacts. Cette forme de douleur est souvent perçue de façon diffuse (notamment quand l'origine est viscérale) et continue (Lazorthes et al., 2010).

Les douleurs chroniques d'origine neuropathique sont secondaires à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central ou périphérique. Sur le plan clinique, elles sont associées à des douleurs spontanées, mais également à des douleurs provoquées par le simple contact ou amplifiées par un phénomène d'hypersensibilité. Ces douleurs peuvent se développer après un intervalle plus ou moins long (des mois voire des années) par rapport à la lésion nerveuse initiale causale (Lazorthes et al., 2010).

Les douleurs chroniques d'origine idiopathique représentent des douleurs pour lesquelles aucun support organique lésionnel n'a été mis en évidence. Elles sont dites « sine materia », c'est-à-dire, sans cause anatomo-pathologique. La composante psychologique existe, mais ne permet pas de conclure qu'il s'agit d'une douleur strictement d'origine psychogène. Étant donné que leur mécanisme physiopathologique est encore mal élucidé, ces douleurs sont classifiées comme douleurs idiopathiques (Lazorthes et al., 2010).

Les douleurs chroniques d'origine psychogène sont caractérisées par le caractère atypique de leur symptomatologie (p.ex., description discordante, apparition inexplicable de la douleur), par l'importance des symptômes qui les accompagnent (p.ex., fatigue, insomnie, perte d'appétit, anxiété) et par l'existence d'un contexte de conflit ou de deuil. Leur diagnostic doit également reposer sur la confirmation d'un

trouble psychopathologique tel que l'hypocondrie ou la somatisation d'un désordre émotionnel (Lazorthes et al., 2010).

Outre l'origine de la douleur chronique, il faut également prendre en compte son caractère subjectif. La même intensité d'un stimulus douloureux ne provoquera pas les mêmes réactions chez différentes personnes. Cette hétérogénéité dans la façon de réagir à la douleur est due au fait qu'elle est influencée par de nombreux éléments qui incluent les composantes biologiques, l'état cognitif et émotionnel de la personne ainsi que les facteurs environnementaux tels que les expériences passées, la culture et la société dans laquelle l'individu se trouve (Sessle, 2012). Par exemple, comme il a été mentionné précédemment, la tolérance à la douleur serait généralement plus faible chez les femmes que chez les hommes étant donné des différences au plan hormonal (Kelly, 2010; Millar, 1996). Aussi, les croyances et les attitudes telles que de faibles attentes de soulagement et la dramatisation de la douleur sont des éléments qui influenceraient la perception de celle-ci (Glattacker, Heyduck, & Meffert, 2012).

Comme nous pouvons le constater, les mécanismes impliqués dans le développement et le maintien de la douleur chronique sont complexes et variés. Ainsi, il serait bénéfique d'approcher cette problématique selon une perspective biopsychosociale qui prend en compte, entre autres, les facteurs psychologiques et physiologiques. En observant les interactions entre ces divers éléments, nous pourrions mieux envisager la façon avec laquelle chaque individu gère sa douleur ainsi que la façon dont il répondra à

des interventions médicales, chirurgicales et psychologiques (Meltzer-Brody & Leserman, 2011).

Douleur pelvienne chronique

Définition

La douleur pelvienne chronique (DPC)¹ correspond à la précédente conceptualisation de la douleur chronique. Elle est généralement définie comme une douleur continue qui perdure au-delà de six mois et est suffisamment grave pour entraîner une invalidité et éventuellement justifier une intervention médicale. Celle-ci peut être localisée au niveau du bassin, de la paroi abdominale antérieure ou au bas du dos (American College of Obstetrics and Gynecology, 2004). Steege, Stout et Somkuti (1993) ressortent trois principales façons de définir la DPC : (1) la douleur qui s'établit par la durée et qui inclut tout type de douleur pelvienne qui dure depuis au moins 6 mois, (2) l'absence de cause physique pouvant expliquer en totalité la douleur ressentie au niveau du plancher pelvien et (3) la douleur qui est définie selon les conséquences significatives sur le fonctionnement qui l'accompagne, par exemple, au travail, dans les loisirs et au plan psychologique.

Cependant, la définition de la DPC ne fait pas l'unanimité. Un examen exhaustif de plus de 100 articles sur la DPC conclut qu'il n'y a pas de consensus sur sa définition

¹ L'abréviation *DPC* sera utilisée à partir de maintenant afin d'alléger le texte.

précise. L'un des principaux points de litige concerne l'exclusion de la DPC qui est due, en totalité ou en partie, à des causes d'origines physiopathologiques. Bien qu'exclure la DPC liée à des causes physiques puisse faciliter la recherche par la détermination d'une population plus homogène, certains auteurs soulignent néanmoins qu'une telle restriction de la définition de la DPC peut être difficilement applicable étant donné les importantes interactions qui existent entre les états physique et mental (Williams, Hartmann, & Steege, 2004).

Ce manque de consensus réduit ainsi la capacité d'enquêter sur la causalité et d'améliorer le traitement. Les auteurs soulignent qu'uniformiser la classification et les outils d'évaluation de la DPC permettrait une meilleure comparaison des résultats entre les études et, par le fait même, une meilleure compréhension de la DPC et de son traitement (Williams et al., 2004).

Prévalence

La prévalence de la DPC serait plus grande chez les femmes que chez les hommes (Alappattu & Bishop, 2011). Une recension des écrits permet d'identifier qu'elle varierait entre 5,7 % et 26,6 % des femmes en fonction des pays où les études ont été effectuées (Ahangari, 2014) tandis que l'étude de Luzzi (2002) ressort qu'elle serait uniquement de 2,5 % à 3 % chez les hommes. L'écart observé entre la prévalence de DPC chez les hommes et les femmes pourrait s'expliquer par une méconnaissance de ce diagnostic chez l'homme (Forrest, Nickel, & Moldwin, 2007). Par ailleurs, nous notons

que la grande majorité des études portant sur la DPC s'intéressent uniquement à la population féminine. Ce serait majoritairement des femmes âgées de 36 à 50 ans qui seraient touchées par la DPC (Alappattu & Bishop, 2011).

Douleur pelvienne chronique chez la femme

Étiologie

Plusieurs facteurs pourraient contribuer au développement et au maintien de la DPC chez les femmes. Elle s'accompagnerait parfois de pathologies gynécologiques telles que la dyspareunie¹, la dysménorrhée² et l'endométriose³ (Latthe, Mignini, Gray, Hills, & Khan, 2006; Leserman, Zolnoun, Meltzer-Brody, Lamvu, & Steege, 2006). Certains auteurs ont ainsi tenté de la subdiviser en fonction des pathologies gynécologiques qui l'accompagnent afin d'identifier et de comparer ces sous-groupes de DPC (Peveler, Edwards, Daddow, & Thomas, 1996; Tripoli et al., 2010). Néanmoins, ces mêmes pathologies peuvent également être présentes en l'absence de DPC. Par conséquent, d'autres auteurs se sont plutôt intéressés à ressortir les différences entre les femmes souffrant de DPC et celles souffrant d'autres pathologies gynécologiques (Grace & Zondervan, 2006; Zondervan et al., 2001). Ces derniers ont observé que, comparativement aux autres pathologies gynécologiques, la DPC entraînerait des

¹ Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2011).

² Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2011).

³ Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2011).

répercussions physiques et psychologiques plus importantes dans la vie des femmes qui en sont atteintes.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que l'apparition d'un syndrome de douleur chronique est souvent multifactorielle. En ce sens, outre les facteurs gynécologiques, la DPC peut aussi inclure des facteurs urologiques, gastro-intestinaux, musculosquelettiques et psychologiques. Chaque cas nécessite donc une évaluation clinique exhaustive des points de vue médical, chirurgical et psychologique ainsi qu'une prise en charge associée à cette évaluation (Jarrell & Vilos, 2005). De même, puisqu'il a été démontré que la détresse psychologique vécue chez les femmes souffrant de DPC n'est pas influencée par la présence ou l'absence d'une pathologie évidente (McGowan, Clark-Carter, & Pitts, 1998), il ne faut pas uniquement se baser sur cet aspect pour établir le diagnostic. Ces auteurs indiquent que, même si les causes de DPC diffèrent d'un cas à l'autre, les caractéristiques psychologiques des femmes qui en souffrent sont semblables.

Enjeux psychosociaux

La DPC serait liée à plusieurs variables psychologiques telles que la dépression, l'anxiété et la somatisation (Bodden-Heidrich, Kupperts, Beckmann, Rechenberger, & Bender, 1999; Romao et al., 2009). Elle serait également associée à des variables sociales telles que les sévices, les abus sexuels (Lampe et al., 2000) et l'invalidité (Zondervan et al., 2001).

La DPC a également des effets sur le plan financier. Bien que nous n'ayons pas relevé d'étude faite au Canada, nous avons identifié une étude qui a évalué son impact économique aux États-Unis. Il s'avère que, dans ce pays, le coût direct de la DPC serait d'environ 881,5 millions de dollars par année et que le coût indirect dû à l'absentéisme au travail lié à la douleur s'élèverait à 555,3 millions de dollars par année. (Mathias, Kuppermann, Liberman, Lipschutz, & Steege, 1996).

Enjeux liés au diagnostic et au traitement

De nombreux enjeux sont liés à la prise en charge de la DPC par le système de santé. Tout d'abord, un grand nombre de femmes souffrant de DPC ne consultent pas pour leur condition. Celles-ci auraient significativement moins tendance à se référer au système de santé en comparaison d'individus souffrant d'autres types de douleur chronique (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Il semble qu'uniquement 15 % de ces femmes consulteraient auprès des services de santé (Haugstad et al., 2006).

D'autre part, la DPC est généralement considérée comme une condition difficile à évaluer, et ce, pour plusieurs raisons (Selfe, van Vugt, & Stones, 1998). Tel qu'il a été mentionné précédemment, aucun consensus n'existe quant à sa définition et elle peut s'accompagner de plusieurs facteurs gynécologiques, urologiques, gastro-intestinaux, musculosquelettiques et psychologiques. Zondervan et al. (2001) ont soulevé qu'une des principales difficultés liées à l'émission d'un diagnostic est due au fait qu'il existe de nombreux chevauchements entre la DPC et d'autres conditions connexes ainsi qu'entre

les symptômes rencontrés dans chacune de ces conditions. De même, Peveler et al. (1996) ont observé que la présence ou non d'une cause identifiable ne suffit pas à établir un diagnostic de DPC. Ces auteurs ont ressorti une faible corrélation entre l'ampleur des lésions pathologiques observées à la laparoscopie et l'expérience de douleur rapportée. Par conséquent, les femmes se présentant avec une DPC sont souvent confrontées à un long processus afin d'obtenir un diagnostic vis-à-vis leur condition. Il arrive fréquemment que de nombreux examens soient entrepris afin d'identifier les causes physiologiques de la douleur, et ce, sans parvenir à établir un diagnostic formel (Gomel, 2006; Slade, 2006). L'incertitude et l'ambiguïté causées par l'absence d'un diagnostic clair amèneraient certaines femmes à ressentir que leur douleur n'est pas reconnue par le professionnel consulté (Grace, 1995).

Les frustrations liées au cycle du diagnostic pourraient également amener certaines femmes à s'éloigner du système médical (McGowan, Luker, Creed and Chew-Graham, 2007). Ces auteurs ont constaté que les femmes souffrant de DPC vivaient des insatisfactions envers leur médecin. Elles avaient l'impression de ne pas être écoutées ou de ne pas être comprises par celui-ci. Dans certains cas, les femmes de l'étude ont indiqué que leur médecin avait fait preuve d'un manque de sensibilité lors de la remise des résultats d'un diagnostic négatif quant à la cause de leur douleur. D'autres femmes ayant reçu un diagnostic positif ont plutôt mentionné ne pas recevoir suffisamment d'informations pour comprendre leur problème (Price, Farmer, Harris, Hope, Kennedy, & Mayou, 2006).

Aux difficultés diagnostiques s'ajoutent celles liées au traitement. La DPC serait traitée essentiellement de façon médicale (Cox, Henderson, Andersen, Cagliarini, & Ski, 2003). Or, même après avoir reçu plusieurs traitements médicaux, plusieurs femmes indiquent que la douleur serait toujours présente (Slade, 2006).

En conclusion, nous observons que les défis liés au diagnostic et au traitement peuvent être des sources additionnelles de détresse pour les femmes vivant une problématique de DPC ce qui s'ajoute aux nombreuses conséquences que cette situation entraîne dans leur quotidien.

Objectif de l'étude

La DPC est associée à de nombreuses conséquences psychosociales et, comme tout type de douleur chronique, de nombreux défis sont liés à sa prise en charge. C'est également une condition qui affecte un très grand nombre de femmes. Nous nous concentrerons uniquement sur cette population, car tel que mentionné précédemment, nous observons que la prévalence de DPC est faible chez les hommes et peu d'études ont été faites avec cette dernière clientèle. L'objectif de cette étude est donc d'identifier les variables psychologiques et sociales associées à la DPC chez les femmes qui en souffrent, et ce, en intégrant toutes les causes de DPC possibles. En connaissant mieux ces éléments, des pistes de réflexion vis-à-vis des interventions à mettre en place auprès des femmes souffrant de DPC pourront émerger. Ainsi, la question de recherche à la base de la présente étude est : « Quelles sont les variables psychologiques et sociales

liées à la douleur pelvienne chronique chez les femmes? » Afin de répondre à cette question, nous allons effectuer une revue systématique des facteurs psychosociaux associés à la DPC par une recension des études empiriques faites sur le sujet ce qui nous permettra d'identifier et de regrouper les différentes variables psychologiques et sociales qui sont en lien avec la DPC chez l'ensemble des femmes qui en souffrent.

Méthode

Stratégie de recherche des informations

Aux fins de la présente étude, une recherche documentaire a été réalisée afin de recueillir l'ensemble des articles liés à la DPC. Les bases de données en ligne qui ont été utilisées sont PsycINFO et MEDLINE. Cette recherche informatisée a été conduite en juin et juillet 2013 et a été mise à jour en août 2015. La liste initiale d'articles et celle subséquente ont été obtenues en utilisant les mots-clés Pelvic, Pain, Chronic, Recurrent, Persistent, Psycho* et Socio*. Par la suite, chaque document a été analysé afin de ne retenir que les études dites de type empirique. Cette démarche a permis d'obtenir un total de 146 documents.

Sélection des études

À partir de cette recherche informatisée, les études ont été considérées comme étant éligibles si elles portaient sur des facteurs sociologiques ou psychologiques liés à la DPC. Ce critère de sélection nous a amené à exclure 68 articles. Nous avons uniquement retenu les études faites auprès d'une population de femmes d'âge adulte et avons donc écarté 13 autres articles. Seules les études publiées en langue française ou anglaise ont été retenues ce qui a entraîné l'exclusion de 9 articles. L'objectif de cette revue systématique était d'identifier les variables psychologiques et sociales liées à la DPC en intégrant toutes les causes de DPC possibles. Ainsi, les études étaient exclues si elles comparaient uniquement des sous-groupes de femmes atteintes de DPC sans inclure

d'autres groupes contrôles formés d'individus ne souffrant pas de DPC (p.ex., ne présentant pas de douleur, souffrant d'autres affections médicales). Ce dernier critère de sélection nous a amené à retrancher 27 articles. En fonction de ces critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons retenu 29 études aux fins de notre revue de littérature sur les facteurs psychologiques et sociaux qui sont associés à la DPC chez les femmes. Notons que la date des publications des articles n'a pas été considérée dans les facteurs d'exclusion. Les études plus anciennes ont toutefois été majoritairement exclues étant donné l'absence de groupe de comparaison. Ainsi, l'ensemble des 29 études retenues ont été publiées entre 1993 et aujourd'hui.

Méthode d'analyse des études

Les 29 études ont été regroupées sous forme de tableau (voir Appendice). L'information tirée de chacune d'entre elles incluait : les variables liées à la DPC présentées dans l'étude, les résultats obtenus, la taille de l'échantillon, les caractéristiques des participants (p.ex., l'âge, le statut conjugal), les conditions témoins ainsi que les forces et limites méthodologiques.

Par la suite, nous avons effectué des regroupements entre les diverses variables issues des études ce qui nous a permis d'identifier l'ensemble des variables qui sont ressorties comme étant possiblement liées à la DPC.

Résultats

Ce chapitre comporte deux sections. La première présente les variables psychologiques liées à la DPC chez les femmes tandis que la deuxième porte sur les variables sociales liées à la DPC chez les femmes.

Variables psychologiques

Cette section présente les variables psychologiques qui seraient associées à la DPC chez les femmes. Plus spécifiquement, nous allons aborder les variables suivantes : les cognitions liées à la DPC, la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, les troubles sexuels, l'hostilité, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la somatisation et la dissociation.

Cognitions liées à la douleur pelvienne chronique

La grande majorité des femmes atteintes de DPC entretiendraient des pensées négatives relativement à leur condition (Berna et al., 2011). Ces dernières seraient présentes sous forme de pensées verbales, mais également sous forme d'images mentales et seraient majoritairement liées aux conséquences de la douleur (p.ex., l'impression de ne pas être à la hauteur dans son rôle parental) ou à l'origine de la douleur (p.ex., le souvenir de la salle d'opération). Notamment, les femmes souffrant de DPC indiqueraient fréquemment percevoir la région abdominale comme une zone taboue (Haugstad et al., 2006). Les auteurs suggèrent que cette croyance pourrait les

amener à adopter des postures inadaptées ce qui pourrait entraîner un manque de sensation et de contrôle de cette partie du corps. Ces changements pourraient contribuer au maintien de la DPC.

La « catastrophisation », un type de croyance irrationnelle, serait également associée à la DPC (Berna et al., 2011; Weijenborg, Ter Kuile, Gopie & Spinhoven, 2009). Cette croyance contribuerait, entre autres, à l'émergence de sentiments négatifs tels que la peur et l'impuissance ainsi qu'à un évitement des activités que les femmes considèrent possiblement liées à l'apparition de la douleur. Weijenborg et ses collaborateurs ont également souligné le rôle potentiel de la « catastrophisation » et de la perception de contrôle ressenti dans la capacité des femmes souffrant de DPC à s'adapter à leur condition.

Dépression

Il existerait une grande prévalence de dépression dans la DPC. En effet, la majorité des études démontrent que les femmes qui en sont atteintes présentent davantage de symptômes dépressifs comparativement aux femmes issues de la population générale qui n'ont aucune douleur (Bodden-Heidrich et al., 1999; Coelho et al., 2014; Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993; Hodgkiss & Watson, 1994; Kaya et al., 2006; Lampe et al., 2000; Lamvu et al., 2006; Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006; Randolph & Reddy, 2006b; Romao et al., 2009; Ter Kuile, Weijenborg, & Spinhoven, 2009). Les principaux symptômes dépressifs rapportés chez ces femmes seraient les

préoccupations somatiques, la diminution du travail, l'insatisfaction envers soi et le sentiment d'échec (Lorençatto et al., 2006). Walker et al. (1995) ont également observé que les femmes souffrant de DPC auraient une probabilité significativement plus grande d'avoir déjà vécu un épisode dépressif majeur ou un trouble dysthymique par le passé comparativement aux femmes ne présentant aucune douleur.

Selon certains auteurs (Bodden-Heidrich et al., 1999; Lampe et al., 2000; Roth, Punch, & Bachman, 2011), les niveaux de symptômes dépressifs rencontrés chez les femmes souffrant de DPC sont similaires à ceux d'individus présentant d'autres troubles de douleur chronique. Ces résultats supposent que la dépression est une variable liée à la DPC, mais également à la douleur chronique en général.

Anxiété

La prévalence de symptômes anxieux chez les femmes atteintes de DPC serait significativement plus grande en comparaison des femmes issues de la population générale qui ne présentent aucune douleur (Berna et al., 2011; Fry et al., 1993; Romao et al., 2009; Ter Kuile et al., 2009). Kaya et al. (2006) ont également observé que, dans leur étude, les femmes atteintes de DPC présentaient davantage de symptômes d'anxiété que les femmes sans douleur. Bien que la différence ne se soit pas avérée significative entre les deux groupes, les auteurs ont indiqué que le petit nombre de participants présents à l'étude avait pu expliquer ce résultat. Par ailleurs, Walker et al. (1995)

indiquent que les femmes souffrant de DPC auraient vécu significativement plus de troubles phobiques comparativement aux femmes ne présentant aucune douleur.

En comparant les symptômes anxieux présents chez les femmes atteintes de DPC et les femmes atteintes de migraines chroniques, Roth et al. (2011) n'ont observé aucune différence entre les deux groupes, à l'exception des symptômes obsessionnels-compulsifs qui étaient significativement plus fréquents chez les femmes atteintes de migraines chroniques. Ainsi, tout comme la dépression, l'anxiété semble être une variable liée à la DPC ainsi qu'à la douleur chronique en général.

Outre son association avec la DPC, l'anxiété serait également liée à la dépression. Romao et al. (2009) soutiennent qu'il existe une corrélation positive significative entre les symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes atteintes de DPC. Toutefois, ils précisent que l'association entre la dépression, l'anxiété et la DPC ne permet pas d'identifier une relation de cause à effet entre les variables et qu'il est donc difficile de déterminer quelles conditions précèdent l'autre.

Troubles du sommeil

La qualité du sommeil serait altérée chez les femmes atteintes de DPC. Elles présenteraient significativement plus de troubles du sommeil comparativement aux femmes ne présentant aucune douleur (Grace & Zondervan, 2006) et celles présentant de la dysménorrhée uniquement (Grace & Zondervan, 2006; Zondervan et al., 2001). Ces

troubles seraient principalement caractérisés par des difficultés à l'endormissement, des réveils fréquents et un sommeil non réparateur. Par conséquent, le sommeil des femmes souffrant de DPC serait insuffisant et de mauvaise qualité ce qui entraînerait des conséquences néfastes sur la vie professionnelle (p.ex., difficultés de concentration, risque d'erreurs accru), économique (p.ex., absentéisme au travail) et sociale (p.ex., irritabilité, manque d'énergie).

Troubles sexuels

La DPC serait liée à tous les types de troubles sexuels soit : les troubles du désir sexuel, les troubles de l'excitation sexuelle, les troubles de l'orgasme et les troubles sexuels avec douleur (Verit, Verit, & Yeni, 2006). Les principaux problèmes rapportés par les femmes atteintes de DPC concerneraient la présence de vaginisme¹, l'évitement et la faible fréquence des rapports sexuels ainsi que l'insatisfaction, l'absence de sensualité et les difficultés de communication liées à la vie sexuelle (Kaya et al., 2006; Ter Kuile et al., 2009; Tripoli et al., 2010).

Pour expliquer ce lien entre la DPC et les troubles sexuels, Verit et al. (2006) ont indiqué que, lorsque les femmes souffrant de DPC étaient confrontées à l'idée d'entretenir des rapports sexuels, elles craignaient de ressentir de la douleur lors du coït et devenaient plus anxieuses. Les croyances et les émotions négatives liées à

¹ Contraction musculaire prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2011).

l'expression de la sexualité nuiraient à leur désir sexuel. Ainsi, les femmes atteintes de DPC seraient moins sujettes à vivre de l'excitation sexuelle ce qui entraînerait un manque de lubrification et, ultimement, provoquerait de la douleur lors de la pénétration vaginale. Ces femmes seraient donc plus insatisfaites face à leur vie sexuelle et auraient plutôt tendance à éviter les situations pouvant entraîner un rapport sexuel.

La prévalence des troubles sexuels serait significativement plus grande chez les femmes atteintes de DPC comparativement aux femmes ne présentant aucune douleur (Kaya et al., 2006; Lamvu et al., 2006; Randolph & Reddy, 2006b; Ter Kuile et al., 2009; Tripoli et al., 2010; Verit et al., 2006). Nous notons que cette prévalence varierait en fonction des pays où l'étude a été réalisée. En Turquie, l'étude de Demir, Ozcimen et Oral (2012) n'a pas permis d'observer une différence significative entre les femmes souffrant de DPC et celles ne présentant pas de douleur. Ils ont soulevé l'hypothèse que ce résultat pourrait avoir été influencé par les différences socioculturelles de la société turque dans laquelle l'étude a été effectuée, car les domaines liés à la sexualité seraient souvent accompagnés de comportements de discrétion et de non-dits.

D'autre part, en comparaison des femmes atteintes de migraines chroniques, les femmes atteintes de DPC présenteraient davantage de troubles sexuels (Roth et al., 2011). Les auteurs soulignent que cette différence serait toujours présente même après avoir contrôlé la présence de dépression dans les deux groupes. Ils amènent l'hypothèse que la pathophysiologie de la DPC et les multiples problèmes gynécologiques qui lui

sont associés pourraient être liés à l'émergence de divers troubles sexuels qui s'ajouteraient au phénomène de la DPC et contribueraient à son maintien.

Hostilité

Comparativement aux femmes issues de la population générale, celles souffrant de DPC rapporteraient des niveaux d'hostilité significativement plus élevés (Fry et al., 1993; Selfe, Matthews, & Stones, 1998). Elles seraient plus enclines à considérer avec méfiance les motivations d'autrui et auraient tendance à percevoir les autres comme étant indignes de confiance. Selfe et al. (1998) ont suggéré que le stress engendré par l'expérience de la DPC pourrait amener les femmes à ressentir de l'hostilité. Ils amènent également le fait que, si ces femmes sont plus susceptibles d'avoir déjà vécu des expériences psychosociales négatives dans le passé (p.ex., des abus sexuels), elles pourraient être davantage prédisposées à entretenir une attitude hostile envers autrui comparativement à la population féminine en général. Enfin, les auteurs indiquent que peu importe la causalité, l'hostilité pourrait rendre plus difficile l'établissement d'un rapport durant les consultations médicales.

Fry et al. (1993) ont, quant à eux, évoqué la possibilité que les femmes atteintes de DPC soient plus susceptibles d'avoir été confrontées à des expériences négatives relativement à leur cheminement dans le système de santé (p.ex., l'incapacité des professionnels de la santé rencontrés par le passé à guérir ou à soulager la DPC). Étant

plus familières avec l'expérience de l'échec de traitement, elles pourraient donc être plus enclines à adopter une attitude hostile envers les gens œuvrant dans le domaine médical.

Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) fait partie des troubles consécutifs aux traumatismes et au stress dans le DSM-5. Il s'avère que la prévalence de ce trouble serait significativement plus élevée chez les femmes souffrant de DPC en comparaison des femmes provenant de la population générale (Meltzer-Brody et al., 2007). Ces auteurs ont observé que le nombre moyen de traumas vécus chez les femmes atteintes de DPC serait de 1,9 et que la moitié d'entre elles auraient déjà vécu deux événements traumatiques ou plus (p.ex., des sévices et/ou des abus sexuels). Par conséquent, près d'un tiers des femmes souffrant de DPC présenteraient un TSPT. Soulignant le rôle critique que ce trouble peut jouer dans la présentation des symptômes de la DPC ainsi que dans la réponse aux traitements, Meltzer-Brody et ses collaborateurs (2007) insistent sur l'importance de le considérer et de le traiter chez les femmes souffrant de DPC qui en sont atteintes.

Somatisation

Après s'être assurés que la DPC ne pouvait pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale reconnue, Walker et al. (1995) ainsi que Bodden-Heidrich et al. (1999) ont respectivement observé que les femmes atteintes de DPC avaient une probabilité significativement plus grande de présenter des symptômes de somatisation

comparativement aux femmes n'ayant aucune douleur et comparativement aux femmes atteintes de douleur vulvaire chronique¹. Ainsi, la somatisation serait une variable associée à la DPC.

Dissociation

En comparaison de femmes en santé, les femmes souffrant de DPC présenteraient significativement plus de symptômes de dissociation tels qu'un manque de sensation et un manque de contrôle observé sur l'ensemble du corps (Haugstad et al., 2006). Les auteurs soulèvent l'hypothèse que ces manifestations représenteraient un comportement de protection chez les femmes souffrant de DPC. Toutefois, ce comportement visant à réduire la douleur aurait comme effet contraire de nuire à la démarche, au mouvement et à la respiration ce qui contribuerait à l'établissement d'un cercle vicieux et au maintien de la DPC.

Une présence significativement supérieure de symptômes de dissociation serait également observée chez les femmes atteintes de DPC comparativement à des individus ayant des troubles psychiatriques mixtes tels qu'un trouble d'anxiété, de dépression ou d'adaptation (Nijenhuis et al., 2003; Spinhoven et al., 2004). Par ailleurs, la prévalence des symptômes de dissociation dans la DPC serait similaire à celle observée dans

¹ Inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlure, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable (Moyal-Barracco & Labat, 2010).

d'autres conditions telles que le trouble de conversion (Spinhoven et al., 2004) et le trouble alimentaire (Nijenhuis et al., 2003).

Le regroupement des variables psychologiques issues des études portant sur la DPC nous a permis d'identifier que la majorité d'entre elles semblent faire consensus quant à leur association avec cette condition médicale. Il s'avère que certaines croyances et cognitions (p.ex., la « catastrophisation »), les troubles du sommeil, les troubles sexuels, l'hostilité, le TSPT et la somatisation lui sont liés. La dépression, l'anxiété et la dissociation semblent être associées à la DPC, mais également à la douleur chronique en général.

Variables sociales

Cette deuxième section s'intéresse aux variables sociales liées à la DPC chez les femmes. Les éléments suivants seront présentés : les caractéristiques sociodémographiques, la famille d'origine, les abus sexuels et psychologiques, les sévices, la qualité de vie, le fonctionnement social et professionnel ainsi que la satisfaction conjugale.

Caractéristiques sociodémographiques

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques a permis de ressortir que certaines d'entre elles seraient associées à la DPC chez les femmes. Il apparaît que le statut conjugal y serait lié. Des études ont également été faites sur les variables telles que

l'âge, le nombre d'enfants et le niveau d'instruction, mais les résultats diffèrent entre elles.

Il existerait une relation significative entre la DPC et le fait d'être marié (Lorençatto et al., 2006). Pour expliquer ce lien, les auteurs amènent quelques pistes d'explication. Notamment, la possibilité que certaines conditions socioéconomiques liées au fait d'être en couple puissent jouer un rôle dans l'apparition ou le maintien de la DPC (p.ex., la dépendance économique ressentie lorsque la femme est sans emploi, l'insécurité financière et matérielle que cela peut entraîner). Ils amènent également l'idée que la violence domestique présente dans certains couples pourrait être associée à la DPC. Par ailleurs, Verit et al. (2006) observent que l'association entre la DPC et le fait d'être marié ne serait pas liée à la durée du mariage.

L'âge est une autre caractéristique sociodémographique possiblement liée à la DPC. Certaines études ont identifié que les femmes souffrant de DPC seraient significativement plus jeunes comparativement à des femmes ne présentant pas de douleur (Demir et al., 2012 ; Walker et al., 1995). Il faut toutefois nuancer ces résultats, car les femmes choisies pour former les groupes contrôles dans ces études avaient subi ou étaient en attente d'une laparoscopie pour une ligature des trompes ou une évaluation d'infertilité. Walker et al. (1995) amènent l'hypothèse que ces motifs de consultation pourraient davantage concerner des femmes plus âgées. Ainsi, la différence d'âge observée pourrait être conséquente de cette méthode d'échantillonnage plutôt qu'être

spécifiquement liée à la présence de DPC. L'étude de Verit et al. (2006) tend à appuyer cette hypothèse. Ces derniers ont comparé un groupe de femmes atteintes de DPC avec un groupe de femmes qui avaient subi une évaluation gynécologique préventive (un motif de consultation qui semble concerner toutes les femmes, et ce, sans égard à leur âge). De ce fait, ils n'ont observé aucune différence d'âge entre les deux groupes.

Le fait d'avoir ou non des enfants est une variable avancée par certaines études. Néanmoins, les résultats divergent entre elles. Cette divergence pourrait être liée au fait que les groupes de femmes atteintes de DPC issues de chacune des études présentées proviennent de classes sociales différentes. Lorençatto et al. (2006) ont observé une association significative entre la DPC et le fait d'avoir des enfants. Ils ont toutefois noté que, dans leur étude, les femmes souffrant de DPC provenaient majoritairement de la classe moyenne ou à faible revenu. Cette caractéristique socioéconomique pourrait donc expliquer, du moins en partie, l'association qu'ils ont notée entre la DPC et le fait d'avoir des enfants. À l'opposé, les femmes atteintes de DPC dans l'étude de Fry et al. (1993) appartenaient à une classe sociale mieux nantie comparativement aux femmes composant le groupe contrôle. Les résultats obtenus auprès de ces femmes souffrant de DPC ont ainsi permis de démontrer qu'elles auraient significativement moins d'enfants que la population générale. Les auteurs ont soulevé la possibilité que l'association observée entre la DPC et le fait de ne pas avoir d'enfants soit le reflet de caractéristiques distinctes de ce groupe socioéconomique (p.ex., le fait qu'elles attendent plus longtemps avant d'avoir des enfants ou qu'elles décident d'en avoir moins comparativement à la

population générale). Enfin, dans l'étude de Verit et al. (2006), aucune différence liée au nombre d'enfants n'a été observée entre les femmes atteintes de DPC et celles ne présentant pas de douleur. Notons que les femmes choisies pour cette étude étaient majoritairement issues de la classe moyenne.

Une possible association existerait entre le niveau d'instruction et la DPC chez les femmes. Ter Kuile et al. (2009) ont observé que les femmes souffrant de DPC possèderaient un niveau d'instruction significativement plus faible comparativement aux femmes ne présentant pas de douleur alors que Verit et al. (2006) n'ont soulevé aucune différence entre ces deux groupes. La façon d'évaluer le niveau d'instruction dans chacune de ces études pourrait expliquer ces résultats contradictoires. En effet, les premiers auteurs ont classifié les femmes selon un niveau d'instruction faible (p.ex., école primaire, enseignement secondaire) et élevé (pré-universitaire, universitaire) tandis que les seconds ont classifié les femmes selon l'absence d'instruction, un niveau d'instruction équivalent à l'école primaire et un niveau d'instruction équivalent à l'école secondaire. Par conséquent, la classification des niveaux d'instruction dans la deuxième étude peut difficilement permettre de ressortir des différences quant à la prévalence de la DPC en fonction de l'atteinte d'un niveau d'instruction plus élevé (p.ex., universitaire) ou d'un niveau plus faible (p.ex., primaire ou secondaire).

Le niveau d'instruction ressort également comme étant une variable associée aux symptômes somatiques et à la perception d'invalidité ressentie dans le fonctionnement

au quotidien chez les femmes souffrant de DPC (Roth, Punch, & Bachman, 2001). Ces auteurs ont observé que les femmes ayant un niveau d'instruction plus faible présenteraient significativement plus de symptômes somatiques et auraient une plus grande perception d'invalidité dans le fonctionnement au quotidien que les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé. Les auteurs soulèvent l'hypothèse que la formation scolaire pourrait promouvoir l'acquisition de ressources cognitives nécessaires pour faciliter une meilleure connaissance de la santé et de l'utilisation des soins de santé ce qui pourrait contribuer à diminuer la perception d'invalidité ressentie chez les femmes atteintes de DPC. En contrepartie, les femmes ayant un niveau de scolarité plus faible présenteraient davantage de croyances ou de stratégies d'adaptation inadaptées (p.ex., liée à une mauvaise compréhension de la douleur, à la crainte d'une maladie grave liée à la douleur) ce qui serait associé à une plus forte présence de symptômes somatiques chez ces femmes (Roth et al., 2001).

D'autre part, le niveau d'instruction ainsi que l'âge seraient associés avec le fonctionnement sexuel des femmes atteintes de DPC. Celles qui sont plus jeunes et qui ont un niveau d'instruction plus élevé seraient moins sujettes à vivre des problèmes sur le plan de la sexualité (Verit et al., 2006).

Famille d'origine

Certaines variables liées à la DPC chez les femmes proviendraient de la famille d'origine. La présence d'alcoolisme chez un parent, l'expérience de séparation avec un

parent due à un divorce ou un décès et la surprotection paternelle sont les éléments qui sont ressortis.

La présence d'alcoolisme chez un des parents serait significativement plus élevée chez les femmes souffrant de DPC comparativement aux femmes souffrant de douleur vulvaire chronique et à la prévalence observée dans la population générale (Bodden-Heidrich et al., 1999). L'expérience de séparation avec un parent due à un divorce ou à un décès serait également significativement plus fréquente chez les femmes souffrant de DPC comparativement aux femmes souffrant de douleur vulvaire chronique (Bodden-Heidrich et al., 1999). Comme piste d'explication, les auteurs amènent l'idée que ces expériences seraient associées à un environnement familial instable (p.ex., présence de violence familiale, perte ou séparation de la figure d'attachement); un tel environnement serait susceptible d'entraîner de nombreuses perturbations psychologiques qui pourraient, ultimement, prédisposer au développement de la DPC à l'âge adulte.

Une autre association soulevée entre la DPC et la famille d'origine concerne la qualité de la relation parent-enfant entre le père et la fille. Les femmes atteintes de DPC rapporteraient davantage de surprotection paternelle en comparaison des femmes issues de la population générale (Fry et al., 1993). Les auteurs suggèrent que ce comportement parental pourrait avoir des répercussions sur le développement psychologique de la fille (p.ex., une plus faible capacité d'adaptation aux situations nouvelles et potentiellement inquiétantes, la mise en place de stratégies d'évitement). Par le fait même, ces

composantes psychologiques pourraient contribuer au développement éventuel de la DPC. Notons toutefois qu'il n'y aurait pas de différences significatives quant à la surprotection maternelle.

Abus sexuels

Plusieurs études se sont intéressées spécifiquement aux abus sexuels vécus soit dans l'enfance ou à l'âge adulte alors que d'autres ont évalué l'ensemble des abus sexuels vécus chez les femmes atteintes de DPC. Certaines études ont, par ailleurs, présenté des associations entre les abus sexuels et d'autres variables qui pourraient être liées à la DPC.

La prévalence d'abus sexuels dans l'enfance serait significativement plus élevée chez les femmes atteintes de DPC comparativement aux femmes ne présentant pas de douleur (Lampe et al., 2000; Walker et al., 1995) et aux femmes présentant d'autres types de douleur chronique (Bodden-Heidrich et al., 1999; Lampe et al., 2000). Bodden-Heidrich et al. (1999) amènent l'hypothèse que les abus sexuels entraîneraient de grandes perturbations dans le développement psychologique ce qui pourrait prédisposer certaines femmes à développer une DPC. Néanmoins, Fry et al. (1993) n'ont observé aucune différence entre la prévalence d'abus sexuels vécus dans l'enfance chez les femmes atteintes de DPC et celle observée dans la population générale. Les diverses façons de conceptualiser les abus sexuels (p.ex., en fonction de la gravité des gestes posés, de l'âge de survenue de l'agression, de la différence d'âge avec l'agresseur) de

même que les méthodes de collecte de données utilisées dans chacune des études (p.ex., les entrevues psychothérapeutiques structurées ou semi-structurées, les questionnaires) pourraient expliquer l'obtention de ces résultats contradictoires.

En ce qui a trait aux abus sexuels à l'âge adulte, les femmes souffrant de DPC présenteraient des taux significativement plus élevés comparativement aux femmes ne présentant pas de douleur (Randolph & Reddy, 2006a; Walker et al., 1995). Ainsi, ces auteurs indiquent que les abus sexuels subis à l'âge adulte seraient un facteur important lié à la DPC.

Lorsque l'ensemble des abus sexuels vécus dans l'enfance et à l'âge adulte sont pris en compte, plusieurs études indiquent que les femmes souffrant de DPC présenteraient des taux significativement plus élevés d'abus sexuels que les femmes ne présentant pas de douleur (Dellenbach et al., 2001; Randolph & Reddy, 2006a; Spinhoven et al., 2004; Thomas, Moss-Morris, & Faquhar, 2005; Walker et al., 1995). De même, ces femmes rapporteraient avoir vécu significativement plus d'abus sexuels comparativement à des patients présentant des troubles psychiatriques mixtes (Nijenhuis et al., 2003). En comparant selon la sévérité des abus, il ressort également que les femmes atteintes de DPC seraient plus sujettes à avoir vécu des abus sexuels sévères (Walker et al., 1995). Toutefois, certaines études n'ont ressorti aucune différence entre la prévalence d'abus sexuels observée chez les femmes souffrant de DPC et celle observée chez les femmes ne présentant pas de douleur (Lampe et al., 2000; Ter Kuile et al., 2009). Encore une

fois, il est probable que les différences dans la conceptualisation et dans la méthode de collecte des données relatives aux abus sexuels puissent expliquer la difficulté de comparaison et ainsi l'absence de consensus entre les études.

D'autre part, la prévalence d'abus sexuels serait similaire entre les femmes atteintes de DPC, les femmes souffrant de lombalgies chroniques (Lampe et al., 2000) et les femmes provenant d'autres populations psychiatriques (Spinoven et al., 2004). Ainsi, bien que cette variable ne soit pas spécifique à la DPC, elle semble néanmoins importante dans l'apparition et le maintien de cette condition médicale et il faut donc en tenir compte.

Soulignons que les abus sexuels ont été associés à plusieurs autres variables liées à la DPC. Entre autres, une relation significative entre la présence d'abus sexuels et la dépression serait observée chez les femmes souffrant de DPC (Lampe et al., 2000; Nijenhuis et al., 2003; Randolph & Reddy, 2006b). Nijenhuis et al. (2003) ont démontré, quant à eux, que les femmes atteintes de DPC ayant subi des abus sexuels présenteraient significativement plus de symptômes d'anxiété, de somatisation et de dissociation. Enfin, Randolph et Reddy (2006a) et Ter Kuile et al. (2009) ont identifié que les femmes souffrant de DPC ayant vécu des abus sexuels seraient plus sujettes à vivre des problèmes sexuels tels que de l'insatisfaction liée à l'orgasme et de plus faibles sentiments d'intimité avec les partenaires sexuels.

Séances

La prévalence de séances observée chez les femmes atteintes de DPC serait significativement supérieure à celle observée dans la population générale (Dellenbach et al., 2001; Lampe et al., 2000; Nijenhuis et al., 2003; Spinhoven et al., 2004), mais ne différerait pas de celle observée chez les femmes atteintes de lombalgies chroniques (Lampe et al., 2000) et de celle observée chez d'autres populations psychiatriques (Nijenhuis et al., 2003; Spinhoven et al., 2004).

Diverses associations ont également été soulevées entre les séances et d'autres variables liées à la DPC. Il existerait une relation positive entre les séances et la dissociation chez les femmes atteintes de DPC (Nijenhuis et al., 2003; Spinhoven et al., 2004). De même, les séances qu'elles rapportent seraient significativement associées à davantage de symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation (Nijenhuis et al., 2003). Ainsi, ces associations tendent à démontrer la présence d'interrelations entre les variables liées à la DPC.

Abus psychologiques

Les femmes souffrant de DPC rapporteraient significativement plus d'abus psychologiques que les femmes ne présentant pas de douleur (Dellenbach et al., 2001; Lampe et al., 2000). Par ailleurs, les taux d'abus psychologiques observés chez elles seraient similaires à ceux observés chez les femmes atteintes de lombalgies chroniques

(Lampe et al., 2000) et à ceux observés chez d'autres populations psychiatriques (Nijenhuis et al., 2003).

Sur le plan des interactions avec les autres variables liées à la DPC, il y aurait une relation significative entre les abus sexuels, les sévices et les abus psychologiques (Lampe et al., 2000). Les abus psychologiques rapportés par les femmes atteintes de DPC seraient également significativement associés aux symptômes d'anxiété, de dépression, de somatisation et de dissociation (Nijenhuis et al., 2003).

Qualité de vie

La qualité de vie réfère à l'évaluation subjective que l'individu fait de sa vie. Chez les femmes souffrant de DPC, cette évaluation serait significativement plus faible comparativement aux femmes ne présentant pas de douleur (Cox, Ayers, Nala, & Penny, 2007; Grace & Zondervan, 2006; Meltzer-Brody et al., 2007; Romao et al., 2009; Tripoli et al., 2010). Toutes les dimensions de la qualité de vie telles que l'état fonctionnel, la capacité à maintenir des interactions sociales due à des problèmes physiques et émotionnels, la santé mentale, l'énergie et la vitalité, la douleur et la perception de santé seraient affectées par la DPC (Cox et al., 2007). Ainsi, il apparaît que la DPC serait associée à une détérioration de la qualité de vie (Romao et al., 2009).

La qualité de vie semble également être plus affectée par la DPC comparativement à d'autres conditions médicales et psychologiques. En effet, les femmes atteintes de DPC

présenteraient une qualité de vie significativement plus faible que les femmes atteintes de dysménorrhée (Grace & Zondervan, 2006; Zondervan et al., 2001), que les individus (hommes et femmes) atteints d'arthrite rhumatoïde et que les individus (hommes et femmes) atteints de dépression majeure (Meltzer-Brody et al., 2007). Néanmoins, aucune différence liée à la qualité de vie ne serait observée comparativement aux femmes souffrant de dyspareunie (Grace & Zondervan, 2006). Cela tend à démontrer que la qualité de vie des femmes souffrant de DPC serait autant affectée que celle des femmes souffrant de dyspareunie.

Les femmes souffrant de DPC présenteraient significativement plus d'anxiété associée à la douleur que les femmes souffrant de dysménorrhée (Zondervan et al., 2001). Cette anxiété serait majoritairement associée à l'incompréhension de la cause de la DPC et serait l'aspect qui affecterait le plus significativement la qualité de vie de ces femmes (Grace & Zondervan, 2006). Dans le même ordre d'idées, Romao et al. (2009) ont identifié que les femmes atteintes de DPC qui ont davantage de symptômes d'anxiété et de dépression présenteraient une qualité de vie plus faible comparativement à celles ayant moins de symptômes d'anxiété et de dépression. Les auteurs suggèrent donc que la dépression et l'anxiété pourraient avoir un effet négatif sur la qualité de vie des femmes souffrant de DPC.

Fonctionnement social et professionnel

Les femmes atteintes de DPC indiquent que leur fonctionnement social serait affecté par plusieurs restrictions telles que la fatigue, l'incapacité à entreprendre des activités sans prendre d'analgésiques ou se reposer et les limitations sur le plan de la mobilité, particulièrement bouger et marcher (Grace & Zondervan, 2006; Zondervan et al., 2001). Celles-ci rapporteraient être affectées par les conséquences de leur douleur, et ce, de façon significativement plus importante que les femmes qui souffrent de dysménorrhée (Zondervan et al., 2001). Elles seraient également significativement plus sujettes à des restrictions liées à la mobilité comparativement aux femmes atteintes de dyspareunie, à celles atteintes de dysménorrhée et à celles n'ayant aucune douleur (Grace & Zondervan, 2006).

Sur le plan professionnel, significativement plus de femmes souffrant de DPC rapporteraient avoir manqué au moins une journée de travail dans les 12 derniers mois étant donné la douleur comparativement aux femmes souffrant de dysménorrhée (Zondervan et al., 2001). De même, elles obtiendraient significativement plus de prestations de maladie comparativement aux femmes en santé (Ter Kuile et al., 2009). Toutefois, Grace et Zondervan (2006) n'ont observé aucune différence quant aux congés payés et aux pauses au travail pour cause de maladie en comparant les femmes atteintes de DPC, de dyspareunie, de dysménorrhée ou ne présentant pas de douleur.

Le fonctionnement social et professionnel serait en interaction avec plusieurs autres variables liées à la DPC. Il s'avère que les femmes atteintes de DPC ayant vécu davantage de sévices et d'abus sexuels et ayant un TSPT présenteraient significativement plus de restrictions dues à la douleur, de symptômes médicaux et de jours passés au lit (Meltzer-Brody et al., 2007). Les auteurs supposent que les femmes atteintes de DPC ayant vécu des traumatismes seraient plus sujettes à avoir des symptômes de TSPT ce qui pourrait affecter significativement leur fonctionnement social et professionnel. Ainsi, ils suggèrent que l'association entre un faible niveau de fonctionnement et les traumatismes passés pourrait être partiellement due au développement du TSPT.

Satisfaction conjugale

Les femmes souffrant de DPC vivraient davantage d'insatisfaction envers les relations conjugales comparativement aux femmes souffrant de migraines chroniques. Elles présenteraient également davantage d'insatisfaction face aux relations sexuelles (Roth et al., 2011). Selon ces auteurs, la pathophysiologie de la DPC pourrait prédisposer les femmes qui en sont atteintes à vivre davantage de troubles sexuels et, par le fait même, à éprouver une baisse de satisfaction sur le plan de l'activité sexuelle. Conséquemment, davantage de conflits dans la vie sexuelle du couple seraient présents ce qui nuirait à la qualité de la relation conjugale (Roth et al., 2011).

Fry et al. (1993) ont, quant à eux, observé que les femmes souffrant de DPC présenteraient davantage de troubles sexuels, mais n'ont ressorti aucune différence entre les femmes atteintes de DPC et celles issues de la population générale quant à la satisfaction conjugale. Ils suggèrent que cette absence de différence pourrait être liée au choix des partenaires fait par les femmes atteintes de DPC. Ces dernières pourraient avoir tendance à choisir des conjoints qui accordent une faible importance à la sphère de la sexualité dans les relations intimes (Fry et al., 1993).

Par ailleurs, une association a été faite entre la satisfaction conjugale et d'autres variables liées à la DPC. Il y aurait une relation positive significative entre la dépression, le fonctionnement sexuel et la qualité du soutien perçu dans la relation conjugale chez les femmes souffrant de DPC; celles qui présenteraient moins de symptômes dépressifs et de problèmes liés au fonctionnement sexuel auraient également une plus grande probabilité d'identifier comme plus élevée la qualité du soutien issu de la relation conjugale (Randolph & Reddy, 2006b).

Plusieurs variables sociales ont été soulevées dans les études portant sur la DPC. Il ressort que le statut conjugal, la présence d'alcoolisme chez un parent, la surprotection paternelle, les abus sexuels et psychologiques, les sévices, la qualité de vie et le fonctionnement social et professionnel seraient des variables associées à la DPC. Par ailleurs, l'âge, le niveau d'instruction et le fait d'avoir ou non des enfants seraient possiblement liés à la DPC, bien que les associations observées puissent plutôt être la

conséquence de certaines caractéristiques sociodémographiques (p.ex., le statut socioéconomique) ou méthodologiques (p.ex., la méthode d'échantillonnage) relatives aux femmes présentes dans les études.

Discussion

La discussion sera formée de trois sections. La première présentera les limites méthodologiques rencontrées dans le cadre de cette revue systématique. La deuxième section fera une synthèse des principaux résultats ressortis quant aux variables psychologiques et sociales liées à la DPC. La troisième concernera l'interprétation de ces résultats, c'est-à-dire, la façon dont les variables interagissent entre elles, leur influence sur notre compréhension de la DPC de même que leur effet sur les enjeux et les pistes de solution qui sont liés au diagnostic et au traitement de cette condition médicale.

Limites de la revue systématique

Bien que cette revue systématique ait permis de regrouper plusieurs variables psychologiques et sociales liées à la DPC, il demeure néanmoins que les limites méthodologiques rencontrées nous invitent à rester prudents dans l'interprétation des résultats.

Absence d'un accord interjuge

Tout d'abord, la recension des écrits a été réalisée par une seule personne ce qui s'avère une limite à l'évaluation de la fiabilité de la méthode utilisée. Pour s'assurer de l'objectivité de la démarche, cette dernière aurait pu être effectuée de manière indépendante par au moins deux personnes. Ainsi, un niveau d'accord interjuge aurait pu

être obtenu afin de déterminer le degré de concordance entre les résultats obtenus par chacun.

Hétérogénéité dans la sélection des participants

Les critères d'inclusion et d'exclusion des participantes varient entre les différentes études. La présence de DPC est définie dans la majorité de celles-ci comme une douleur pelvienne qui doit être présente depuis au moins 6 mois. Toutefois, Roth et al. (2011) ont plutôt indiqué comme critère d'inclusion que la douleur pelvienne devait être présente depuis uniquement 3 mois pour être considérée comme chronique. Certaines études n'ont, quant à elles, fourni aucune indication sur la façon de définir la DPC dans leur étude (Hodgkiss & Watson, 1994; Roth et al., 2001; Thomas et al., 2006).

Par ailleurs, des études ont inclus des critères d'exclusion dans la sélection de leurs participantes. Certaines ont indiqué avoir exclu les cas de DPC qui étaient uniquement liés aux menstruations, aux rapports sexuels ou à la grossesse (Berna et al., 2011; Grace & Zondervan, 2006; Verit et al., 2006; Weijenborg et al., 2009; Zondervan et al., 2001). D'autres études ont exclu les femmes souffrant de DPC qui avaient un historique de troubles psychiatriques ou qui présentaient d'autres maladies chroniques (Romao et al., 2009; Verit et al., 2006). L'ensemble de ces différences dans la façon d'évaluer la présence de la DPC et de sélectionner les participantes a donc pu nuire à la comparaison des résultats obtenus entre les études.

Représentativité de l'échantillonnage

Les groupes choisis pour les études ne sont pas tous représentatifs de l'ensemble des femmes atteintes de DPC. La majorité des études ont formé leur échantillon selon une méthode non aléatoire. Cette façon de faire nuit à la fiabilité des résultats obtenus, car il est difficile de déterminer jusqu'à quel point l'échantillon formé dans l'étude est représentatif de l'ensemble de la population des femmes souffrant de DPC et les résultats obtenus peuvent donc être sujets à des biais. Par exemple, certaines études ont identifié que leur échantillon était composé de femmes référées en soins tertiaires (Berna et al., 2011; Fry et al., 1993). Il se pourrait donc que les résultats obtenus par ces auteurs reflètent des particularités propres aux femmes atteintes de DPC qui consultent pour ces soins plus spécialisés plutôt qu'être spécifiques à l'ensemble de la population des femmes souffrant de DPC. D'autres études ont été effectuées à partir d'un petit groupe de femmes (Berna et al., 2011; Kaya et al., 2006; Nijenhuis et al., 2003). Sachant que le risque d'erreurs aléatoires de mesure et d'échantillonnage est plus élevé dans les études de petite taille, il faut prendre en considération que ces éléments ont pu réduire la force des résultats et nuire à la représentativité de l'échantillonnage. Malgré tout, ces études ne doivent pas être exclues, car elles peuvent nous donner un aperçu des caractéristiques des femmes atteintes de DPC et nous permettre de mettre en rapport les variables psychologiques et sociales présentes chez elles.

Hétérogénéité des méthodes d'évaluation

Les différences observées entre les méthodes d'évaluation utilisées dans chaque étude sont également une limite méthodologique qui restreint l'interprétation des résultats observés sur les variables psychologiques et sociales liées à la DPC. D'une part, les instruments d'évaluation utilisés pour évaluer une même variable diffèrent entre les études. Par exemple, l'anxiété a été évaluée avec le *Taylor Manifest Anxiety scale* par Thomas et al. (2005), l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* par Berna et al. (2011), Nijenhuis et al. (2003), Romao et al. (2009) et Ter Kuile et al. (2009), le *Beck Anxiety Inventory* par Demir et al. (2012) et Kaya et al. (2006) et le *State-Trait Anxiety Inventory* par Roth et al. (2011). Les sévices et les abus sexuels ont été évalués, quant à eux, soit avec le *Sexual and Physical Abuse History Questionnaire* par Randolph et Reddy (2006a), Randolph et Reddy (2006b) et Thomas et al. (2005), le *Traumatic Experiences Checklist* par Nijenhuis et al. (2003) et Spinhoven et al. (2004), le *Short Trauma Questionnaire* par Spinhoven et al. (2004) ou le *7-item Sexual and Physical Abuse Questionnaire* par Ter Kuile et al. (2009) et Weijenborg et al. (2009). Cette hétérogénéité des méthodes d'évaluation entre les études rend plus difficile la comparaison des résultats entre eux. Il est possible que certaines différences observées entre les résultats de ces études soient partiellement attribuables aux outils et aux méthodes d'évaluation qui ont été utilisés.

D'autre part, la conceptualisation des variables semble aussi différer entre les auteurs ce qui pourrait entraîner des différences de résultats s'expliquant par une

évaluation plus ou moins sensible des variables à l'étude. Par exemple, Randolph et Reddy (2006a) soulignent que les études dites dichotomiques qui identifient les participantes comme étant abusées sexuellement ou non peuvent être moins sensibles que les études dites continues qui évaluent le niveau de sévérité des abus et le moment où ceux-ci se sont produits (p.ex., dans l'enfance ou à l'adolescence).

Impossibilité d'établir de relations de cause à effet

La dernière limite méthodologique est que l'ensemble des études établissent uniquement des corrélations entre la DPC et les variables psychologiques et sociales. De plus, il existe de nombreuses interrelations entre ces variables. Il peut donc être difficile de départager l'influence de chacune d'elles sur la DPC et d'identifier si c'est la DPC qui peut être la cause de certaines d'entre elles (Nijenhuis et al., 2003). Notons tout de même que les études corrélationnelles nous permettent de déceler les relations présentes entre la DPC et les variables psychologiques et sociales qui l'accompagnent. De même, elles assurent une bonne validité externe, car elles permettent de généraliser les résultats obtenus à la vie réelle. Pour conclure, soulignons qu'établir des relations de cause à effet entre la DPC et les variables psychologiques et sociales représente un défi actuellement. Ce dernier pourrait être pris en compte dans les futures recherches qui seront faites dans ce domaine.

Synthèse des principaux résultats ressortis

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre les variables psychologiques et sociales liées à la DPC chez les femmes qui en souffrent, et ce, en intégrant toutes les causes de DPC possibles. Pour ce faire, nous avons effectué une revue systématique des études portant sur les variables psychologiques et sociales associées à la DPC afin de les regrouper et de les analyser. Il semble que la majorité d'entre elles soient associées à la DPC bien que certaines ne semblent pas faire consensus entre les auteurs.

Variables psychologiques

Plusieurs variables psychologiques ont été soulevées dans notre revue systématique. Il ressort que certaines cognitions seraient liées à la DPC; la grande majorité des femmes qui en sont atteintes entretiendraient des pensées négatives relativement à leur condition, elles indiqueraient fréquemment percevoir la région abdominale comme une zone taboue et elles auraient tendance à entretenir des croyances irrationnelles basées sur la « catastrophisation ». Par ailleurs, ces femmes présenteraient une prévalence plus grande de symptômes dépressifs et anxieux. Notons que cette plus grande prévalence serait présente dans d'autres formes de douleur chronique ce qui suggère que la dépression et l'anxiété sont des variables liées à la DPC, mais également à la douleur chronique en général. Les femmes souffrant de DPC seraient aussi plus sujettes à vivre des troubles du sommeil et des troubles sexuels. Elles rapporteraient des niveaux d'hostilité significativement plus élevés. Elles seraient plus à risque de développer un TSPT; la moitié des femmes atteintes de DPC auraient déjà vécu deux événements traumatiques

ou plus. Enfin, elles seraient plus sujettes à présenter des symptômes de somatisation et de dissociation.

Variables sociales

Les études montrent que certaines caractéristiques sociodémographiques telles qu'un faible niveau d'instruction et le fait d'être en couple seraient plus fréquentes chez les femmes atteintes de DPC. Avoir des enfants ou non serait possiblement lié à la DPC, mais les résultats divergent entre les études. Il en est de même pour l'âge. L'absence de consensus entre les études ne permet donc pas de déterminer si cette variable est liée à la DPC. Certains éléments provenant de la famille d'origine seraient associés à la DPC, notamment la présence d'alcoolisme chez un des parents et l'expérience de séparation avec un parent due à un divorce ou un décès. Les femmes souffrant de DPC seraient aussi plus sujettes à avoir vécu de la surprotection paternelle. Elles rapporteraient davantage de sévices et d'abus sexuels et psychologiques. Leur qualité de vie et leur fonctionnement social et professionnel seraient plus faibles. Enfin, il s'avère qu'elles vivraient davantage d'insatisfaction envers les relations conjugales.

Interprétation des résultats

L'analyse des variables psychologiques et sociales liées à la DPC consiste également à observer les interactions présentes entre elles de même que la façon dont ces interactions peuvent influencer la DPC. Cette prise en compte est faite dans l'optique

de mieux comprendre et d'intervenir plus efficacement auprès des femmes souffrant de DPC.

Interaction entre les variables

De nombreuses associations existent entre les différentes variables psychologiques et sociales liées à la DPC. Nous observons que les variables psychologiques telles que les symptômes d'anxiété, de dépression, de somatisation et de dissociation semblent être associées entre elles. Les variables sociales semblent également partager des interactions entre elles, notamment le niveau d'instruction, le fonctionnement social et professionnel ainsi que les sévices et les abus sexuels et psychologiques. Enfin, il s'avère que les variables psychologiques et sociales présenteraient également des interactions entre elles.

Au-delà des associations observées entre les variables psychologiques et sociales liées à la DPC, Bodden-Heidrich et al. (1999) indiquent que la DPC comprend plusieurs autres interactions multifactorielles qui incluent également les pathologies organiques. En ce sens, Walker et al. (1995) amènent l'hypothèse que le lien entre les abus sexuels et la DPC pourrait s'expliquer autrement que par des perturbations sur le plan du développement psychologique, mais plutôt que cela pourrait avoir prédisposé les femmes atteintes de DPC à avoir des rapports sexuels plus tôt, à avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels et ainsi, à être plus à risque de développer des maladies transmises sexuellement. Ces expositions pourraient donc créer des différences non

observables (p.ex., liées aux séquelles à long terme des maladies transmises sexuellement) qui contribueraient au développement de la DPC (Walker et al., 1995).

Compréhension holistique de la DPC

L'observation des nombreuses interactions qui composent la DPC nous amène à prendre en considération son caractère holistique. En effet, il serait davantage bénéfique de comprendre l'expérience de la douleur chez les femmes souffrant de DPC en priorisant un modèle biopsychosocial de la DPC qui mettrait l'emphasis sur l'intégration plutôt que la catégorisation des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Roth et al., 2011). Ce modèle pourrait ainsi inclure des pathologies telles que l'endométriose ou la dysménorrhée de même que des manifestations d'expériences traumatiques passées telles que les abus sexuels et les symptômes psychologiques comme l'anxiété et la dépression (Stones, Lawrence, & Selfe, 2006).

De même, étant donné la complexité des variables qui composent la DPC, il serait préférable d'analyser chaque cas selon les propres déterminants qui l'accompagnent plutôt que de diagnostiquer et d'intervenir en fonction des présomptions générales qui sont faites par rapport à l'étiologie de la DPC (Roth et al., 2011). Plus de recherches devraient également être faites sur les relations complexes qui existent entre les symptômes de douleur et les caractéristiques psychologiques et sociales de la DPC afin d'aider au développement d'une intervention et d'un soutien plus efficaces au traitement de la DPC (Cox et al., 2007).

Enjeux et pistes de solution liés au diagnostic et au traitement

Cette compréhension plus approfondie de la DPC a permis l'émergence de diverses pistes de solution envers les défis que posent le diagnostic et le traitement de cette condition.

Tout d'abord, bien que l'obtention d'un diagnostic précis soit un élément important pour le traitement de la DPC, le soulagement des symptômes liés à cette condition médicale doit également être pris en compte (Peveler et al., 1996; Selfe et al., 1998). Selfe et al. (1998) appuient cette idée en indiquant que, suite à un examen clinique et des investigations, ils ont observé que 28 % des femmes rapportant de la DPC n'avaient pas obtenu de diagnostic clair. Ils suggèrent donc que, dans certains cas, après avoir exclu les principales pathologies médicales pouvant expliquer la DPC, il peut être judicieux de mettre en place des interventions qui ne visent pas uniquement la poursuite d'un diagnostic précis. Dans le même ordre d'idées, Peveler et al. (1996) rapportent que, lorsqu'aucune pathologie physique n'est relevée afin d'expliquer la DPC, les femmes qui en souffrent peuvent avoir l'impression qu'il n'y a pas de causes à leur douleur et donc, qu'aucun traitement ne sera possible afin de la diminuer. Cette croyance les amène à adopter une attitude de résignation face à leur condition. Dans de tels cas, il pourrait être plus bénéfique d'axer sur la gestion des symptômes plutôt que sur le diagnostic.

D'autre part, sachant les associations significatives qui existent entre les variables psychologiques et sociales liées à la DPC, il est important d'adopter un plan

d'intervention basé sur un modèle biopsychosocial (Roth et al., 2001). Néanmoins, puisque la DPC est une problématique d'abord médicale, Lamvu et al. (2006) soutiennent que même si les variables psychologiques et sociales sont importantes à comprendre par le clinicien, il manque d'évidences suffisantes pour déterminer si ces variables peuvent indiquer la mise en place d'un traitement chirurgical ou non. Bref, la DPC est une condition complexe qui nécessite une prise en charge adaptée aux besoins et aux particularités de chacune des femmes qui en sont atteintes.

Malgré l'importance de la composante médicale de la DPC, l'état psychologique et social des femmes qui en souffrent et qui recourent au système de santé doit être pris en compte. En effet, elles peuvent présenter divers symptômes liés, par exemple, à la dépression ou à la somatisation (Walker et al., 1995). De même, comme il a été mentionné précédemment, ces femmes pourraient présenter des niveaux d'hostilité élevés ce qui pourrait rendre plus difficile l'établissement d'un rapport durant les consultations médicales (Selfe et al., 1998). Tous ces aspects doivent donc être considérés dans la prise en charge des femmes atteintes de DPC.

Il faut également prendre en compte les attentes des femmes souffrant de DPC relativement à la consultation médicale. Stones et al. (2006) ont observé que la qualité de l'interaction et de la réponse émotionnelle ressentie par les femmes envers leur médecin ainsi que l'habilité du médecin à fournir des informations qui rejoignent les attentes de la cliente étaient liées à la satisfaction de ces femmes envers la consultation

initiale. De même, ils ont identifié qu'une évaluation plus favorable de la consultation initiale était significativement associée à un niveau plus faible de douleur ressentie après 6 mois. Les auteurs suggèrent que le fait d'adapter la consultation médicale en fonction des attentes des clientes pourrait influencer favorablement les conséquences de la DPC à long terme.

Tous ces éléments vont permettre de mettre en place un plan d'intervention qui porte sur les symptômes et les caractéristiques psychologiques rencontrés chez les femmes souffrant de DPC. Par exemple, sachant l'importance de l'anxiété liée à l'incompréhension de la cause de la DPC chez ces femmes, il est impératif de les aider à établir des éléments de causalité en lien avec leur douleur (Grace & Zondervan, 2006). De même, puisque les femmes atteintes de DPC seraient plus à risque de développer un TSPT en lien avec les abus vécus, il serait important d'intégrer le traitement de cette condition dans la prise en charge de la DPC (Meltzer-Brody et al., 2007). Enfin, les cognitions négatives liées à la douleur, les images mentales négatives, la « catastrophisation » de la douleur et la perception de contrôle sur la douleur pourraient jouer un rôle sur l'intensité et l'ajustement de la douleur chez les femmes souffrant de DPC (Berna et al., 2011; Weijenborg et al., 2009). Ainsi, ce pourrait être des pistes d'intervention intéressantes pour le traitement de la DPC.

Cette prise en charge adaptée aux besoins et aux particularités des femmes atteintes de DPC permettrait peut-être d'augmenter la proportion de femmes qui utilisent les soins

de santé dans le but de traiter cette condition médicale. En effet, la prévalence de DPC dans le système de santé est substantiellement plus faible que celle observée dans la population générale (Zondervan et al., 2001). Cette situation pourrait s'expliquer partiellement par la variation dans la sévérité de la condition et son impact sur la vie quotidienne (tel que perçu par les femmes qui souffrent de DPC). Suite à l'envoi aléatoire de milliers de questionnaires postaux, Grace et Zondervan (2006) et Zondervan et al. (2001) ont permis d'identifier qu'un grand nombre de femmes atteintes de DPC, incluant celles qui ne consultent pas, rapportent de l'anxiété. Il serait donc important de travailler à ce que plus de femmes souffrant de DPC décident d'obtenir de l'aide. Par ailleurs, la grande proportion de femmes atteintes de DPC ayant consulté dans le passé doit nous amener à se questionner sur les raisons pour lesquelles ces femmes ont cessé de consulter en soins de santé en dépit du fait que les symptômes liés à la DPC sont encore présents (Zondervan et al., 2001).

Comme nous pouvons l'observer, le diagnostic et le traitement de la DPC sont encore sujets à de nombreux défis et enjeux. Ceux-ci nous amènent à considérer que la prise en charge de la DPC doit débiter par une évaluation adéquate des symptômes physiques, psychologiques et sociaux qui lui sont associés. Cette évaluation permettra la mise en place d'un plan de traitement visant le soulagement et le traitement des symptômes de la DPC. Celui-ci peut inclure, entre autres, des interventions chirurgicales (p.ex., une hystérectomie) ou non chirurgicales (p.ex., une injection d'anesthésique local), des techniques de manipulation musculaire (p.ex., des séances de physiothérapie)

et l'utilisation d'une médication afin de réduire l'intensité de la douleur (Dalpiaz et al., 2008). Afin de favoriser une meilleure prise en compte des facteurs psychologiques et sociaux liés à la DPC, il apparaît également essentiel d'y inclure des soins psychothérapeutiques visant, par exemple, le traitement des symptômes psychologiques et l'apprentissage de stratégies d'adaptation afin de mieux gérer la douleur au quotidien (Rhodin, 2013; Souza et al., 2011). Par conséquent, après avoir tenté de cibler l'ensemble des variables psychologiques et sociales qui accompagnent la DPC, nous souhaitons que ce travail puisse aider les intervenants à mieux comprendre cette problématique complexe. De cette manière, ils pourront contribuer plus efficacement à offrir des soins et des services adaptés aux femmes qui souffrent de DPC.

Conclusion

Cette recherche a permis d'identifier de nombreuses variables psychologiques et sociales liées à la DPC. Il semble ainsi que cette condition essentiellement médicale gagne à être considérée selon une perspective biopsychosociale. Ce constat doit nous amener à prendre en compte l'ensemble des facteurs présents chez chacune des femmes atteintes de DPC. Par ailleurs, les résultats de l'étude permettent de relever diverses interactions entre la DPC et les variables psychologiques et sociales. Certaines d'entre elles pourraient prédisposer ou entretenir la DPC de même qu'être des répercussions de cette condition. Dans des recherches futures, il serait intéressant de tenter de cerner de façon plus précise les relations de cause à effet entre la DPC et les différentes variables qui lui sont associées. De cette façon, nous pourrions améliorer davantage notre compréhension de la DPC et être en mesure de mieux accompagner les femmes qui en souffrent.

Références

- Ahangari, A. (2014). Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. *Pain Physician, 17*, 141-147.
- Alappattu, M. J., & Bishop, M. D. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Physical Therapy, 91*(10), 1542-1550. Doi: 10.2522/ptj.20100368
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2004). ACOG practice bulletin: Chronic Pelvic Pain, *Obstetrics & Gynecology, 51*, 589-605.
- Berna, C., Vincent, K., Moore, J., Tracey, I., Goodwin, G. M., & Holmes, E. A. (2011). Presence of Mental Imagery Associated with Chronic Pelvic Pain: A Pilot Study. *Pain Medicine, 12*, 1086-1093.
- Bodden-Heidrich, R., Kupperts, V., Beckmann, M. W., Rechenberger, I., & Bender, H.G. (1999). Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 20*, 145-151.
- Choinière, M. (2009). La douleur chronique : un paradoxe qui fait mal. *Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*. Repéré à <http://www.chumtl.qc.ca/crchum/recherche-crchum/vol1no3-mchoiniere.fr.html>.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2011). *Enseignement du 2^e cycle, polycopié national Gynécologie Obstétrique*. Repéré à http://www.prepecn.com/uploads/mediatheque/poly-gynecologie_2010.pdf.
- Coelho, L.S.C., Brito, L.M.O., Chein, M.B.C., Mascarenhas, T.S., Costa, J.P.L., Nogueira, A.A. & Poli-Neto, O.B. (2014). Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from Sao Luis, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 47*, 818-825.
- Cox, L., Ayers, S., Nala, K., & Penny, J. (2007). Chronic Pelvic Pain and Quality of Life after Laparoscopy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology, 132*, 214-219.

- Cox, H., Henderson, L., Andersen, N., Cagliarini, G., & Ski, C. (2003). Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 2-9.
- Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G., Bartsch, G., & Strasser, H. (2008). Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU International*, 102(9), 1061-1065.
- Dellenbach, P., Rempp, C., Haeringer, M. T., Simon, T., Magnier, F., & Meyer, C. (2001). Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, 29, 234-243.
- Demir, F., Ozcimen, E. E., & Oral, H. B. (2012). The role of gynecological, urological, and psychiatric factors in chronic pelvic pain. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1215-1220.
- Forrest, J. B., Nickel, J. C., & Moldwin, R. M. (2007). Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome and Male Interstitial Cystitis: Enigmas and Opportunities. *Urology*, 69, 60-63.
- Fry, R. P. W., Crisp, A. H., Beard, R. W., & McGuigan, S. (1993). Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. *Postgraduate Medical Journal*, 69, 566-574.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advance and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Glattacker, M., Heyduck, K., & Meffert, C. (2012). Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information: evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 378-389.
- Gomel, V. (2006). Foreword. In T. C. Li & W. L. Ledger (Éds), *Chronic pelvic pain* (pp. 6-7). Abingdon, Oxon, UK: Taylor & Francis.
- Grace, V. (1995). Problems of communication, diagnosis, and treatment experienced by women using the New Zealand health services for chronic pelvic pain: a quantitative analysis. *Health Care Women International*, 16, 521-35.
- Grace, V., & Zondervan, K. (2006). Chronic Pelvic Pain in Women in New Zealand: Comparative Well-Being, Comorbidity, and Impact on Work and Other Activities. *Health Care for Women International*, 27, 585-599.

- Haugstad, G. K., Haugstad, T. S., Kirste, U. M., Leganger, S., Wojniusz, S., Klemmetsen, I., & Malt, U. F. (2006) Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 637-644.
- Hodgkiss, A. D., & Watson, J. P. (1994). Psychiatric Morbidity and Illness Behaviour in Women with Chronic Pelvic Pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 3-9.
- International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2^e éd.). Seattle, WA: IASP Press.
- Jarrell J. F., & Vilos, G. A. (2005). Directive clinique de consensus pour la prise en charge de la douleur pelvienne chronique. *Directives cliniques de la SOGC*, 164, 802-826.
- Kaya, B., Unal, S., Ozenli, Y., Gursoy, N., Tekiner, S., & Kafkasli, A. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 187-196.
- Kelly, J. F. (2010, Août). *Translating Research on Chronic Pain in Women to Practice*. Communication présentée à la 118^e Convention annuelle de l'American Psychological Association, San Diego, CA.
- Lampe, A., Solder, E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G., & Sollner, W. (2000). Chronic Pelvic Pain and Previous Sexual Abuse. *Obstetrics & Gynecology*, 96(6), 929-933.
- Lamvu, G., Williams, R., Zolnoun, D., Wechter, M. E., Shortliffe, A., Fulton, G., & Steege, J. F. (2006). Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain: One year after evaluation in a pelvic pain specialty clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 591-600.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). Factors Predisposing Women to Chronic Pelvic Pain: Systematic Review. *British Medical Journal*, 332, 749-751.
- Lazorthes, Y., Sol, J.-C., & Schmitt, L. (2010). Sémiologie de la douleur : évaluation et suivi d'une douleur chronique. Repéré à http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_03.pdf
- Leserman, J., Zolnoun, D., Meltzer-Brody, S., Lamvu, G., & Steege, J. F. (2006). Identification of diagnostic subtypes of chronic pelvic pain and how subtypes differ in health status and trauma history. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 195, 554-561.

- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 88-92.
- Luzzi, G.A. (2002). Chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men: aetiology, diagnosis and management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16(3), 253-256.
- Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C., & Steege, J. F. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 87, 321-327.
- McGowan, L., Clark-Carter, D. D., & Pitts, M. K. (1998). Chronic pelvic pain: A meta-analytic review. *Psychology & Health*, 13, 937-951.
- McGowan, L., Luker, K., Creed, F., & Chew-Graham, C. A. (2007). 'How do you explain a pain that can't be seen? : The narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *British Journal of Health Psychology*, 12(2), 261-274.
- Meltzer-Brody, S., & Leserman, J. (2011). Psychiatric Comorbidity in Women with Chronic Pelvic Pain. *CNS Spectrum*, 16, 29-35.
- Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Zolnoun, D., Steege, J., Green, E., & Teich, A. (2007). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Women with Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 902-908.
- Millar, W. J. (1996). Rapport sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. *Health Reports*, 7, 47-53.
- Moulin, D., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management*, 7(4), 179-184.
- Moyal-Barracco & Labat (2010). Vulvodynia and chronic pelvic and perineal pain. *Progrès en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 20(12), 1019-1026.
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck, R., Ter Kuile, M. M., Mourits, M. J. E., Spinhoven, P., & van der Hart, O. (2003). Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 87-98.
- Ospina, M., & Harstall, C. (2002). *Prevalence of chronic pain: An overview*. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR).

- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J., & Thomas, E. (1996). Psychosocial Factors and Chronic Pelvic Pain: A Comparison of Women with Endometriosis and with Unexplained Pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 305-315.
- Price, J., Farmer, G., Harris, J., Hope, T., Kennedy, S., & Mayou, R. (2006). Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: A qualitative study. *British Journal of Gynaecology*, 113(4), 446-452.
- Randolph, M. E., & Reddy, D. M. (2006a). Sexual Abuse and Sexual Functioning in a Chronic Pelvic Pain Sample. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 61-78.
- Randolph, M. E., & Reddy, D. M. (2006b). Sexual Functioning in Women with Chronic Pelvic Pain: The Impact of Depression, Support, and Abuse. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 38-45.
- Reitsma, M. L., Tranmer, J. E., Buchanan, D. M., & Vandenberg, E. G. (2011). The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: Results from the longitudinal component of the National Population Health Survey. *Pain Research and Management*, 17(3), 166-172.
- Rhodin, A. (2013). Successful Management of Chronic Pelvic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27, 289-291.
- Roth, R. S., Punch, M. R., & Bachman, J. E. (2001). Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 563-569.
- Roth, R. S., Punch, M. R., & Bachman, J. E. (2011). Psychological Factors and Chronic Pelvic Pain in Women: A Comparative Study with Women with Chronic Migraine Headaches. *Health Care for Women International*, 32, 746-761.
- Schopflocher, D. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Schopflocher, D., Borowski, H., Harstall, C., Juzwishin, D., Ospina, M., & Taenzer, P. (2003). *Chronic Pain in Alberta: A portrait from the 1996 National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey*. Edmonton, AB: Alberta Health.
- Selfe, S. A., Matthews, Z., & Stones, W. (1998). Factors Influencing Outcome in Consultations for Chronic Pelvic Pain. *Journal of Women's Health*, 7(8), 1041-1048.
- Selfe, S. A., van Vugt, M., & Stones, R. W. (1998). Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes. *Pain*, 77, 215-25.

- Serrie, A., & Queneau, P. (2005). *Livre blanc de la douleur*. Paris, France : Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur.
- Sessle, B. J. (2012). The Pain Crisis: What It Is and What Can Be Done. *Pain Research and Treatment*. Doi:10.1155/2012/703947
- Slade, P. (2006). Chronic pelvic pain: The role of psychological factors and implications for care. Dans T. C. Li & W. L. Ledger (Éds), *Chronic pelvic pain* (pp. 171-181). Abingdon, Oxon, UK: Taylor & Francis.
- Souza, P. P., Romao, A. S., Rosa-e-Silva, J. C., Dos Reis, F. C., Nogueira, A. A., & Poli-Neto, O. B. (2011). Qualitative research as the basis for a biopsychosocial approach to women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 165-172.
- Spinhoven, P., Roelofs, K., Moene, F., Kuyk, J., Nijenhuis, E., Hoogduin, K., & Dyck, R. V. (2004). Trauma and Dissociation in Conversion Disorder and Chronic Pelvic Pain. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(4), 305-318.
- Statistics Canada. (2001). *A Profile of Disability in Canada*. Document consulté de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-577-x/pdf/4228016-eng.pdf>.
- Steege, J. F., Stout, A. L., & Somkuti, S. G. (1993). Chronic Pelvic Pain: Toward an Integrative Model. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 48, 95-110.
- Stones, R. W., Lawrence, W. T., & Selfe, S. A. (2006). Lasting impressions: Influence of the initial hospital consultation for chronic pelvic pain on dimensions of patient satisfaction at follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 163-167.
- Ter Kuile, M. M., Weijenborg, P. T. M., & Spinhoven, P. (2009). Sexual Functioning in Women with Chronic Pelvic Pain: The Role of Anxiety and Depression. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1901-1910.
- Thomas, E., Moss-Morris, R., & Faquhar, C. (2006). Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 109-112.
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girao, M. J. B. C., & Schor, E. (2010). Evaluation of Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women Suffering from Chronic Pelvic Pain with or without Endometriosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 497-503.
- Verit, F. F., Verit, A., & Yeni, E. (2006). The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274, 297-302.

- Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, M. B. B. S., Holm, L., Jones, M. D., Russo, J. (1995). Psychiatric Diagnoses and Sexual Victimization in Women With Chronic Pelvic Pain. *Psychosomatics*, 36(6), 531-540.
- Weijenborg, P. T. M., Ter Kuile, M. M., Gopie, J. P., & Spinhoven, P. (2009). Predictors of outcome in a cohort of women with chronic pelvic pain: A follow-up study. *European Journal of Pain*, 13, 769-775.
- Williams, R. E., Hartmann, K. E., & Steege, J. F. (2004). Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 686-691.
- Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Jenkinson, C. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H., & Kennedy, S. H. (2001). The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *British Journal of General Practice*, 51, 541-547.

Appendice
Résumé des caractéristiques des études

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des études

Auteur	Concepts-clés	Nombre de participants (contrôles)	Âge moyen
Berna et al., 2011	Cognitions liées à la DPC Anxiété	10 (10)	36 ans
Bodden-Heidrich, Kuppers, Beckmann, Rechenberger, & Bender, 1999	Dépression Somatisation Divorce (séparation des parents) Abus sexuels Alcoolisme dans la famille d'origine	68 (58)	34 ans
Cox, Ayers, Nala, & Penny, 2007	Perception de la douleur Qualité de vie	63	31 ans
Dellenbach, Rempp, Haeringer, Simon, Magnier, & Meyer, 2001	Abus sexuels Sévices Abus psychologiques	63 (27)	37 ans
Demir, Ozcimen, & Oral, 2012	Troubles sexuels Âge	44 (31)	36 ans
Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993	Dépression Anxiété Hostilité Avoir des enfants ou non Surprotection paternelle Abus sexuels Satisfaction conjugale	141 (23)	31 ans
Grace & Zondervan, 2006	Troubles du sommeil Qualité de vie Fonctionnement social et professionnel	286 (793)	38 ans
Haugstad et al., 2006	Cognitions liées à la DPC Dissociation	60 (15)	31 ans

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des études (suite)

Auteur	Concepts-clés	Nombre de participants (contrôles)	Âge moyen
Hodgkiss & Watson, 1994	Dépression	29 (33)	31 ans
Kaya et al., 2006	Dépression Anxiété Troubles sexuels	19 (25)	34 ans
Lampe et al., 2000	Dépression Abus sexuels SéVICES Abus psychologiques	36 (43)	32 ans
Lamvu et al., 2006	Dépression Troubles sexuels Abus sexuels SéVICES	189 (181)	33 ans
Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006	Dépression Statut conjugal	100 (100)	35 ans
Meltzer-Brody et al., 2007	Trouble de stress post- traumatique Qualité de vie Fonctionnement social et professionnel	713	35 ans
Nijenhuis et al., 2003	Dépression Anxiété Somatisation Dissociation Abus sexuels SéVICES Abus psychologiques	27 (25)	38 ans

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des études (suite)

Auteur	Concepts-clés	Nombre de participants (contrôles)	Âge moyen
Randolph & Reddy, 2006a	Abus sexuels Troubles sexuels	63 (15)	33 ans
Randolph & Reddy, 2006b	Dépression Troubles sexuels Abus sexuels Satisfaction conjugale	63 (15)	33 ans
Romao et al., 2009	Dépression Anxiété Qualité de vie	52 (54)	31 ans
Roth, Punch, & Bachman, 2001	Niveau d'instruction	187	33 ans
Roth, Punch, & Bachman, 2011	Dépression Anxiété Troubles sexuels Satisfaction conjugale	39 (38)	35 ans
Selfe, Matthews, & Stones, 1998	Hostilité	98 (24)	33 ans
Spinhoven et al., 2004	Dissociation Abus sexuels Séviés	52 (217)	39 ans
Ter Kuile, Weijenborg, & Spinhoven, 2009	Dépression Anxiété Troubles sexuels Niveau d'instruction Abus sexuels Fonctionnement social et professionnel	154 (58)	38 ans

Tableau 1

Résumé des caractéristiques des études (suite)

Auteur	Concepts-clés	Nombre de participants (contrôles)	Âge moyen
Thomas, Moss-Morris, & Faquhar, 2006	Abus sexuels	61 (37)	31 ans
Tripoli et al., 2010	Qualité de vie Troubles sexuels	84 (50)	34 ans
Verit, Verit, & Yeni, 2006	Troubles sexuels Statut conjugal Âge Avoir des enfants ou non Niveau d'instruction	112 (108)	35 ans
Walker et al., 1995	Dépression Anxiété Somatisation Âge Abus sexuels	50 (50)	29 ans
Weijenborg, Ter Kuile, Gopie, & Spinhoven, 2009	Cognitions liées à la DPC Dépression	84 (47)	40 ans
Zondervan et al., 2001	Troubles du sommeil Qualité de vie Fonctionnement social et professionnel	483 (1533)	38 ans